

重度心身障害者医療費給付申請書

令和 年 月 日

福島県国見町長様

申請者 住所 国見町大字 字 番地
氏名 印

受給者証 記号・番号	国見	受給者名 氏名	1. 入院 2. 入院外
---------------	----	------------	-----------------

保険診療証明書

令和 年 月 診療分 _____ 科 _____

医療の給付 保険診療合計点数		点	薬剤一部負担金額・①		円
			負担金額(①を除く)・②		円
食事の 療養	入院日数 食事提供回数(a)	日 回	入院時食事 療養費定額 負担額(b)	円	入院時食事療養費 定額負担月額 [(a)×(b)]・③ 円
合計受領金額 ① + ② + ③					円

令和 年 月 日
医療機関 所在地
薬局 名称
氏名 印

※平成19年4月以降の診療については、入院時食事療養費欄の記入不要。

高額療養費又は高額医療費支給に関する確認書(申立書)

下記のとおり確認(申立て)します。

令和 年 月 日 確認者(申請者)名 印
福島県国見町長様

療養を受けた 者の氏名	療養を受けた 病院・診療所等	病 気 等 で 支 払 っ た 一 部 負 担 金 等	世帯合算から 控除する額	高額療養費又 は高額医療費 支給決定額	摘 要
合 計					

自己 負担額	附加 給付額	高額療養費又 は高額医療費	給付 決定額	(食事療養費) (保険診療分)	円
-----------	-----------	------------------	-----------	--------------------	---

上記のとおり査定してよろしいかお伺いします。

令和 年 月 日

決 裁	課 長	課長補佐	係 長	係 員	
-----	-----	------	-----	-----	--

(注)1 「高額療養費又は高額医療費支給に関する確認書(申立書)」欄(以下「申立書等欄」という。)は、あなたが病院等に21千円以上80.1千円以下(非課税世帯21千円以上35.4千円以下)の医療費を支払い、かつ同じ月であなた以外の家族の者で、21千円以上の医療費を支払った者がなく高額療養費又は高額医療費に該当しない場合、本人申立てとして記入してください。

2 あなたが国民健康保険から高額療養費の支給を受けることができる場合、あなたの町の国民健康保険担当課で確認を受けてください。

3 あなたが国民健康保険以外の保険から高額療養費の支給を受けることができる場合、保険者から交付された「高額療養費支給決定通知書」又は「高額療養費の積算基礎を明らかにした書類」をこの申請と同時に提示してください。

4 申立書等欄の記入のため、病院等からの領収書は、家族の分も含め、保管してください。

5 申立書等欄に、記入漏れ又は偽りの申立てを行って医療費の給付を受けた場合は、給付を受けた額の全部又は一部の返還を命ずることとなります。

6 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている方は、入院にかかる給付申請書を提出するとき、「重度精神障害者に係る保険診療証明書」を添付してください。